

Einführung

Ralf Vogt

Dieses Buch entstand sowohl aufgrund vieler neuer Forschungsergebnisse und Fachdiskussionen zur Veränderung und Veränderbarkeit des traumatisierten Gedächtnisses bei von Menschen gemachten Psychotraumastörungen als auch aufgrund des Bedürfnisses unserer SPIM-30-Ausbildungskandidaten nach den neuesten Texten zum Behandlungsmodell unseres Trauma-Institutes-Leipzig. Die neuen Forschungsergebnisse und Fallanalysen sind insbesondere im Rahmen einer Konferenzaufforderung im Frühsommer 2017 entstanden, wo wir viele Kollegen zu neuen Beiträgen aus ihrer Praxis über die qualitative Gedächtnisforschung motivieren konnten.

Das Grundthema des sich widersprüchlich verändernden Traumagedächtnisses lag uns in der alltäglichen Praxis schon lange am Herzen, weil wir feststellten, dass es zur Struktur und Behandlung des in der Therapie sich verschließenden und öffnenden Traumagedächtnisses kaum nutzbare Fachliteratur gibt, sondern dass sich stattdessen in unserer Disziplin sogenannte Fachaussagen der False Memory Syndrom Foundation breitmachen oder angrenzende Bereiche, wie die forensische Aussagenpsychologie, offenbar das gesamte Terrain für sich in Anspruch nehmen, weil Traumapsychotherapeuten dazu anscheinend keine Forschung betreiben. Verblüfft waren wir auch, als wir von Kollegen in der Supervision hörten, dass das Traumagedächtnis ja leider kaum reliabel sei usw. Wir hörten also abwehrende Argumente der oben genannten Aussagenpsychologie und der False Memory Syndrom Foundation aus dem unreflektierten Munde von Kollegen! Daher musste endlich etwas passieren, und zwar auf wissenschaftlicher Basis. Der Forschungsgegenstand war in den Vordiskussionen für einige Kollegen so neu bzw. missverständlich, dass diese Vertreter glaubten, wir würden althergebrachte Erkenntnisse über die Amygdala oder Ähnliches referieren. Analytische Einzelfallanalysen, theoretische Systematisierungen zur Veränderung des Traumagedächtnisses und eine Forschungsbefragung von Betroffenen zum Gegenstand haben die wenigsten für möglich gehalten.

Solche Missverständnisse, auch von Kollegen in unserem Fachgebiet, nehme ich gleich zu Beginn des Buches unter dem Thema „Zeitgeist“ in den Fokus der Betrachtung. Ich wende mich darin zum Beispiel strikt gegen den vorauseilenden Gehorsam, der darin besteht, falsche Aussagen der False Memory Syndrom Foundation als auch problematische Verallgemeinerungsakzente der forensischen Aussagenpsychologie unkritisch zu übernehmen oder sich eventuell dadurch sogar ausbremsen zu lassen, eigene Forschung zu betreiben. Wir haben in der Psychotraumatologie den Fokus auf die Verbesserung der Behandlung zu legen und Patienten in der Erkenntnisanalyse zu stützen. Das ist natürlich ein ganz anderer Arbeitsgegenstand als der der forensischen Psychologie. Da dieser verwirrende Zeitgeist wie auch unsere Medien und Alltagsansichten auf dem Boden zweier Weltkriege eine Mentalität der Nichtfassbarkeit des Traumagedächtnisses erzeugen, wurde wahrscheinlich auch so gut wie keine besondere klinische Forschung zum Praxisgegenstand erhoben. Es dominiert die universitäre Grundlagenforschung, die die Merkfähigkeit und Gedächtnisstruktur von Allgemeinbürgern oder neurologischen Krankheitsbildern untersucht.

Frau Lutz rechnet in ihrem Beitrag ausführlich und konkret mit der Unwissenschaftlichkeit der False Memory Syndrom Foundation ab und beleuchtet deren interessante Historie als Täterorganisation zur Abwendung von Gerichtsklagen, welche durch traumageschädigte Menschen angestrebt werden könnten – und manchmal auch werden.

Im darauffolgenden Artikel beschreibe ich anhand des SPIM-30-Diagnostik- und Therapiemodells, wie methodisch implizite Gedächtnisstrukturen im Rahmen von spezifischen Settingbeispielen bereits seit Jahren nutzbar gemacht werden und wo es Erweiterungsmöglichkeiten gibt. Im Anschluss daran erweitere ich die theoretischen Aussagen durch neue traumaanalytische Einzelfallstudien, in denen ich speziell die Datenumwandlung von faktischen, symbolischen und atmosphärischen Traumaerinnerungen von Klienten untersuche, die durch zwischenmenschliche Gewalt veranlasst und geprägt wurden. Anhand dieser aktuellen Langzeitprotokollierungen kann ich frühere Arbeitshypothesen untermauern, und zwar dadurch, psychodynamische Patientenbelege zu beschreiben, in welchen faktische, symbolische und atmosphärische Daten durch psychotraumatischen Druck Wandlungen erfahren, die durch langfristige Traumabehandlungen wieder oder erstmals verstehbar und teilweise rückgängig gemacht werden können.

Im zweiten Teil des Buches sind Beiträge von verschiedenen Autoren aus dem Bereich der Kinder- und Erwachsenenbehandlung zu lesen, welche ihre Fallbeispiele der Gedächtnisveränderung bei dissoziativen Klienten mit unterschiedlichen methodischen Zugängen eindrücklich darstellen.

Renée Marks berichtet über die Behandlung dissoziativer Kinder und den Nutzen externalisierender Settings zur Traumagedächtnisanalyse.

Amrei Kluge und Wiebke Bruns beschreiben als tiefenpsychologische PsychotherapeutInnen, wie sie mit zum Teil körper- und handlungsorientierten Settings emotional traumatische Erinnerungen befördern konnten.

Danach schildern jüngere TraumabehandlerInnen ihre Therapie- und Beratungserfahrungen. Sabine Hampf verwendet künstlerisch-kreative Medien in der Traumatherapie und zeigt deren Vorteile für die Erinnerungs- und Bewältigungsarbeit. Thomas Haudel ist biodynamischer Körper- und Psychotraumatheapeut. Aus dieser Kombination entwirft er ebenfalls eigene originäre Zugangswege zu Traumapatienten. Sabine Centgraf ist Traumafachberaterin und arbeitet mit traumasensitivem Yoga mit schwangeren Psychotraumatpatientinnen, die ihre psychotherapeutische Behandlung bei integrativen Therapeuten parallel durchführen. Sie beschreibt eindrucksvoll, wie durch bestimmte Yogaübungen die konkreten faktischen Einfälle einer Klientin zum therapeutischen Nutzen optimal gefördert wurden.

Nach diesen interessanten Berichten sind Praxisbeiträge aus der Werkstatt von meiner Frau und von mir zu lesen. Irina Vogt schildert einen spannenden Fallbericht einer ca. 30-jährigen Patientin, deren Geburtstraumatisierung bis dato noch nicht bearbeitet war. Sie verwendet dazu als Therapiemedium das Riesenei aus dem Konzept der Beseelbaren Symbolisierungsobjekte der SPIM-30-Settings.

Den Abschluss dieses Kapitels bilden Fallberichte von komplextraumatisierten DESNOS-, DDNOS- und DIS-Patienten aus meiner Praxistätigkeit. Hier werden qualitative Besonderheiten der schrittweise erfolgenden Wiedererlangung des faktischen Erinnerungsvermögens dieser TraumapatientInnen beschrieben. Darüber hinaus versuche ich der Frage nachzugehen, bei welchen therapeutischen Interventionen zunächst unspezifische Traumatrigger Bedeutung erlangten, bis sich später der Szenenhintergrund öffnen konnte.

Bemerkenswert an den aufgelisteten Einzelfallbeispielen ist meines Erachtens, dass konkrete psychodynamische Belege in Form von Patientenaussagen gefunden werden konnten, die die Notwendigkeit der Datenwandlung durch das emotional überforderte Traumaopfer in der Stufe der dissoziativen Wegspaltung, Symbolbildung oder atmosphärischen Datenwandlung verstehbar machen.

Im dritten Buchteil folgt die zentrale Forschungsarbeit von meiner Frau und mir. Als Datengrundlage dient die Befragung von 78 Patienten unserer Praxis, wie sie die Erinnerungsarbeit in der Traumapsychotherapie unter unserer Leitung erlebt

haben. Besonders brisant waren dabei auch Fragen zu den selbst reflektierten Widerständen und Abwehrprozessen im Verlaufe ihrer Behandlung. Ein interessantes Ergebnis ist zweifelsohne, dass unsere Klienten viele Widerstandssymptome benennen, die wir zuvor auch als Aspekte des Zeitgeistes gegen die Traumatherapie (s.o.) beschrieben hatten. Das bedeutet, dass höchstwahrscheinlich eine Phase der verstärkten Abwehr, der Traumabagatellisierung und der phobischen Haltung gegenüber endlosen Labilisierungen bis hin zur Psychose etc. die meisten dissoziativen Traumaklienten kennzeichnet. Allein dieses Ergebnis ist ein wertvoller Orientierungspunkt für junge TraumapsychotherapeutInnen als auch ein Lernmotivationsargument für Kollegen, die bisher – ohne Ausbildungshintergrund in der Traumatherapiemethodik – eigenartigerweise keine traumatisierten Patienten im Praxisalltag gefunden hatten. Diese Klienten werden offensichtlich gesetzmäßig übersehen! Diese Unsicherheiten in der Psychotraumaselbsterfahrung macht sich zweifelsohne auch die oben genannte False Memory Syndrom Foundation zu Eigen, wenn sie mit halbplausiblen Argumenten und der missbräuchlichen Ausnutzung der allgemein typischen traumaphobischen Widerstandshaltungen von KlientInnen und der Umwelt die therapeutische Erinnerungsarbeit für quasi unmöglich erklärt.

Im vierten Teil des Buches sind brandneue Theoriebausteine des SPIM-30-Behandlungsmodells darlegt. Diese konzeptionellen Texte stellen Brücken zum Hirnphysiologiemodell von Stephen Porges und den bindungstheoretischen Pionierarbeiten von Bolwby, Ainsworth, Solomon, Main, Liotti und anderen klassischen Forschern dar. Diese Verknüpfungen können unsere traumapsychotherapeutische Arbeit noch komplexer mit anerkannten Modellen interdisziplinärer vernetzen. Dadurch wird unsere praktische Vorgehensweise noch besser begründbar und die oben genannten Qualitätssprünge in unserer Gedächtnisverarbeitungsstruktur werden besser verstehbar. Aus dieser Logik ergibt sich schließlich auch eine neue und notwendige Definitionsableitung, und zwar die Ableitung von wirklich interaktions- und bindungsorientierten qualitativen Traumaschädigungsklassen, die die bisherigen mehr quantitativen Bestimmungen reformieren können.

Die letzten Passagen des Buches beinhalten Fotos zu den im Buch dargestellten Fallbeispielen, da dadurch unsere Arbeit für viele Kollegen deutlich an Anschaulichkeit gewinnt. Meine Frau und ich sowie alle Kollegen hoffen, dass wir mit diesem Buch allen interessierten Lesern und Fachkollegen das Rahmenthema der Gedächtnisforschung in unserem Fachgebiet als auch die Arbeit mit dem Behandlungsmodell SPIM 30 für dissoziative Psychotraumastörungen sowie dessen vielfältige Anwendungsmöglichkeiten näher bringen können. Zur Erleichterung des Textverständnisses enthält der Anhang ein Abkürzungsverzeichnis. Ausführlichere Beschreibungen zu den Abkürzungen finden sich in Vogt (2013). Weiterführenden

de Diskussionsanfragen können über die Autorenliste an die jeweiligen Verfasser selbst gestellt werden.

Theoretische Vorbetrachtungen

1.1 Zeitgeist und Traumagedächtnis

Ralf Vogt

Der Zeitgeist beeinflusst in hohem Maße das alltagspsychologische und psychotherapeutische Denken (vgl. Vogt, 2012, S. 13-15 und Vogt, 2014, S. 6-12). Grund dafür ist meines Erachtens erstens der Stand der relativ jungen Wissenschaftsdisziplin Psychotherapie, in der notwendigerweise viele sich widersprechende Konzepte praktiziert werden und die Kristallisation einer relativ klaren allgemeingültigen, breit akzeptierten Lehrmeinung noch in weiter Ferne liegt. Zweitens wird Psychotherapie in der traditionellen Betrachtung eher als „weiche“ Wissenschaft – im Gegensatz etwa zur Physik oder Medizin – angesehen, obwohl auch diese Wissenschaftsdisziplinen essenzielle Probleme ihres Gegenstandsspektrums, wie die Problematik der Schwarzen Löcher bzw. der Krebsbehandlung, noch nicht lösen konnten. Selbst einem Wetterbericht – mit einer maximalen Treffsicherheitswahrscheinlichkeit von ca. 3 Tagen – vertrauen viele Menschen mehr als einer psychologischen Expertise, an welche man obendrein noch größere Ansprüche stellt und menschliche Verhaltensprognosen mit monatelanger, wenn nicht sogar jahrelanger Gültigkeit erwartet. Warum ist das so? Die meisten Menschen nehmen in Anspruch, über ihre Psyche, ihre innerseelischen Vorgänge mit Motiven, Gefühlen, Denken und Verhalten irgendwie ausreichend Bescheid zu wissen. Vielleicht gemäß einem abgewandelten Decartes-Motto: Ich denke – also weiß ich Bescheid! Oder: Ich vermute – also bin ich! Aber Spaß beiseite. Wir betreten vermintes Gelände. Die Psyche ist ein sensibles Ding, da lässt sich niemand mal schnell etwas sagen.

Im Gegensatz zum Arzt oder Naturwissenschaftler, bei welchem die Mitmenschen unserer Zeit schnell gläubig werden.

Bei Auffassungen über die Psyche und ihre Qualitätseigenschaften wie etwa eine Gedächtnisleistung oder Persönlichkeitshaltung steht offenbar mehr das persönliche Selbstkonzept eines jeden auf dem Spiel. Beim Arzt kann man sich in der Regel eine Kritik zur Lebensführung eher ruhig anhören, wie: Dann schälen wir eben künftig die Gurken ab, wenn die Schale industriell gespritzt ist. Kein Problem, die Gurke bleibt im Wesentlichen erhalten. Damit kann man leben, wenn man kein Meerschweinchen ist und sich gerade auf die Schale gefreut hat.

Bei psychologischen Rückmeldungen zur seelischen Verarbeitungskapazität wird die angesprochene Person schnell ungläubig, distanziert, ärgerlich – oder einfach sofort gegenteiliger Meinung sein, weil: Es so ist, und basta! Das heißt, psychologische bzw. psychotherapeutische Hinweise treffen auf eine Form von Halbwissen, welches im Selbst- und Weltbild häufig sofort und vehement verteidigt werden muss. Es geht schließlich um unbewusste Prozesse, und wenn man da nicht Bescheid weiß, bekommt man eine ärgerliche Angst und möchte plötzlich alles so lassen, wie es war, um keine Unruhe zu erleben. Ebenso schnell belastet fühlt sich eine Reihe von Kollegen, wenn sie den Eindruck haben, dass das Ansehen des verdienten Pioniers der Psychoanalyse, Sigmund Freud, infolge der modernen Traumaforschung objektiv unheilbaren Schaden nehmen könnte.

Im Bereich von Technik ist so eine emotionale Stagnationssehnsucht unvorstellbar. Wer möchte heute noch wirklich im ersten Personenkraftwagen von Carl Benz wie vor über 100 Jahren sitzen? Wer käme als Techniker auf die traurige Interpretation, dass wir, wenn wir einfach neue Autos bauen, das Erbe von Carl Benz ignorieren bzw. traditionell Bewährtes einfach übergehen würden? Der Zeitgeist in der Psychoanalyse und Psychotherapie ist da manchmal viel stärker dem Bisherigen verhaftet. Das Festhalten an konservativen Normen hat auch Einfluss auf unser Schulendenken in der Psychotherapie. Und das wiederum beeinflusst auch die schleppende Übernahme traumatherapeutischer Konzepte; es mangelt an Forschung in der tiefenpsychologisch-analytischen Psychotherapie überhaupt und somit beschäftigt man sich bisher auch nur unzureichend mit der Untersuchung von traumatisch geprägten Gedächtnisproblematiken und deren methodenpsychologischer Lösung. Der Zeitgeist, sich nicht mit der Furcht vor dem unbekanntem traumatischen Unbewussten, mit dissoziierten Erinnerungsgegenständen zu befassen, hatte auch Sigmund Freud erfasst, als er sich 1897 – nach knapp 2 Jahren der Postulation der Traumahintergrund-Hypothese für schwere psychische Störungen (Verführungstheorie Freuds 1895-1897, vgl. Hirsch, 2004 sowie Vogt, 2004, S. 35-39)

– davon abwandte und die Fantasihypothese als wichtigere Erklärung für gewaltsame, traumatische sexuelle Übergriffe an Kindern an die erste Stelle schob.

Jennifer Freyd (1994) untersucht seit Jahren das Trauma des Verrats, welches durch gewaltsame bzw. bloßstellende Übergriffe von wichtigen Bindungs- und Bezugspersonen bei den Opfern entsteht. Ein Resümee dieser Auseinandersetzung besteht darin, dass der Verrat gerade von an sich liebenswerten Menschen die tiefsten seelischen Narben hinterlässt und dass auch im Bereich der Psychotherapie- und Universitätsstrukturen der Verrat ein ernst zu nehmender Faktor ist. Das hat auch Jeffery Masson (1986) belegend abgehandelt (vgl. Vogt, 2014, S. 52-61).

Demnach kann sowohl bei Menschen im Alltag als auch bei Psychotherapeuten im Besonderen angenommen werden, dass es für das konservative Fixiertsein und das Nichtrütteln-Wollen am eigenen Selbsterfahrungsdefizit – neben allen anderen charakterlich blinden Flecken – tiefere unbewusste/dissoziierte Gründe geben dürfte.

Hiervor ist auch die breite Medienlandschaft nicht gefeit, die in unserer schnelllebigsten Welt immer größeren Einfluss als Bildungsquelle erlangt.

So wurde im deutschen Fernsehkanal „3sat“ im bekannten Wissenschaftsjournal „Scobel“ am 22.09.2016 und am 30.03.2017 gleich zweimal im kurzen Abstand der Beitrag „Das getäuschte Gedächtnis“ ausgestrahlt. Kern dieser je 45-minütigen Sendung waren einseitige Beiträge der Vertreterin der False Memory Syndrom Foundation, Loftus (USA), sowie Argumentationen des Forschungsshootingstars Shaw (GB) zur Gedächtnismanipulationsforschung sowie Diskussionsbeiträge von Steller (BRD) als Aussagen- und Gerichtspsychologe. Tenor dieses sehr tendenziösen TV-Beitrages war die Intention, Belege dafür zu liefern, dass das Gedächtnis des Menschen sehr unzuverlässig sei und durch Einflussnahme von Befragern, d. h. auch Psychotherapeuten, schnell manipuliert werden könne. Eine kurze Gegenhypothese von Ulrich Sachsse im Journalbeitrag konnte an diesem Tenor wenig ändern.

Mit den unwissenschaftlichen Studien der False Memory-Bewegung und den unzulänglichen Ausweitungen der Aussagenpsychologie auf Felder der klinischen Psychotraumatherapie beschäftigen sich auch Lutz in diesem Band sowie unser Forschungsbeitrag im späteren Kapitel dieses Buches. Mir geht es in diesem Abschnitt vorrangig um den Zeitgeist der journalistischen Redaktion, die gerade diesen Beitrag einseitig in Auftrag gab bzw. den angebotenen Beitrag eifrigerweise gleich zweimal im Zeitraum von nur sechs Monaten ins Programm nahm. Vergleichbare kurzfristige Wiederholungen sind mir in der ansonsten häufig niveaувollen

Themenauswahl nicht so geläufig. Es muss also etwas mit dem Zeitgeist dieser ansonsten breit aufgestellten Redaktion zu tun haben.

Es ist wahrscheinlich plausibler, dem traumatisch fragmentierten und therapeutisch wieder herzustellenden Gedächtnis inhaltlich nicht zu glauben als umgekehrt. Wie ich eingangs hervorhob, werden durch den traumaskeptischen Zeitgeist die Opfer zweimal verraten: Einmal durch den fehlenden Schutz und Beistand der Umwelt gegenüber den Opfern während und nach dem Gewaltverhalten der Täter. Und zum Zweiten aufgrund der geringen Unterstützung der Umwelt bei der Aufarbeitung sowie durch die tendenziöse Unterstellung von krankhafter Fantasie, die angeblich am Werke sei, wenn Traumainhalte später therapeutisch rekonstruiert werden – Unterstellungen durch nicht psychotraumatologisch geschulte Fachleute und Gerichte im Rahmen juristischer Prozesse.

Es sollte nicht vergessen werden, dass gerade wir in Deutschland transgenerational durch zwei Weltkriege nicht nur als Opfer, sondern auch als Tätervolk mehrfach geprägt sind und Psychotherapie in den vorherigen Generationen nie eine Rolle spielte bzw. in Erziehung und Bildung in der militanten Zeit nicht spielen durfte! Das Bagatellisieren von seelischem Leid beim anderen und das vehemente Wegschieben von eigener Betroffenheit sehe ich mit meiner 30-jährigen Berufserfahrung als dominierenden Zeitgeist in unserem transgenerational verlorenen Mutter- und gefürchteten Vaterland an (vgl. Mitscherlich u. Mitscherlich, 1977; Moser, 2010 u.a.).

1.2 Der Mangel an klinischer Theorie zum Traumagedächtnis

Ralf Vogt

Wie oben in der Einführung des Buches erwähnt, gibt es außer interessanten Fallberichten von Kollegen (vgl. Reddemann, 2001; Hochauf, 2007) leider wenig Aussagen dazu, wie sich das durch zwischenmenschliche Gewalt geprägte und damit zumeist dissoziative Gedächtnis eigentlich strukturiert, konserviert und therapeutisch verändern lässt. Die meisten wissenschaftlichen Arbeiten zur Gedächtnispsychologie betreffen die Grundlagenforschung der Allgemeinen Psychologie.

Hier wird in der Regel das gesunde, allgemeine, durchschnittliche, repräsentative Gedächtnis in seinen Funktionen untersucht. Wie viele Gegenstände kann man sich merken? Wie lange sind die Objekte im Kurz- oder Langzeitgedächtnis gegenwärtig? Wodurch wird die Gedächtnisspeicherung erleichtert oder behindert? So interessant diese Ergebnisse auch sein mögen, sie sind leider im Rahmen psychotraumatischer Gedächtnisstrukturen nicht wirklich anwendbar. Im peritraumatischen Dissoziationsprozess arbeitet das Gehirn in seinen Funktionen leider nicht in normaler Art und Weise. Aufgrund des hohen bzw. extrem hohen, lebensbedrohlichen Stresses gibt es nur fragmentierte Gedächtnisspuren, die mit diversen Sinnesinformationen aus dem Körper gemischt oder von diesen überlagert werden. Des Weiteren springen die Wahrnehmungsperspektiven im Kontext der existenziell bedrohlichen Interaktion mit dem Traumaverursacher zeitweilig auf dessen Seelen- und Handlungsebene über (vgl. Vogt, 2012, S. 26-48; 2016, S. 146-153 sowie in diesem Band). Dadurch entsteht eine große Verwirrung im Prozess der Gedächtnisspeicherung, die Klienten und Therapeuten kaum lesen, geschweige denn mit normalen Speicherungsprozeduren erklären können. Ich erlebe das auch als traditionelles Problem zwischen universitärer und praxisbezogener Psychologie. Es ist sehr schwer, die universitäre Forschung für eine andere Zielstellung zu gewinnen, da die goldenen Standards der Stichprobenerstellung auf Signifikanzen ausgerichtet sind, welche im Rahmen unserer einzelfallorientierten klinisch-ambulanten Praxis nur schwer organisiert werden können. Wir bräuchten mehr Modelle für eine wissenschaftliche Kleingruppen- und Einzelfallanalyse sowie eine größere Wertschätzung für Prozeduren von introspektiven Berichten.

Die traditionelle Psychoanalyse ist für Psychotraumatheapeuten schon eher ein Quell der Erkenntnis (vgl. Freud, 1950; Jung, 1967; Dieckmann, 1978; Kast, 2007 u.v.a.). Hier existieren Schriften zur individuellen Speicherung von normalen bis schwerwiegenden Erlebnissen. Darin werden Prozesse beschrieben, wie Menschen

seelische Vorfälle in Träumen wiederholend verarbeiten, wie gescheiterte Konflikte ins Unbewusste abtauchen und als seelische Symbolbilder in Träumen oder Tagesfantasien wieder auftauchen, um den Betroffenen im übertragenen Sinne auf eine tiefere seelische Verarbeitung, einen noch zu lösenden Konflikt oder eine Entwicklungs- und Reifungsanforderung hinzuweisen (vgl. Autoren ebenda). Das Problem für die Nutzung der Erkenntnisse im Rahmen psychotraumatologischer Fallanalysen und –behandlungen ist allerdings wiederum der zu unterscheidende Schweregrad der erworbenen seelischen Störung bei dissoziativen Patienten. Wie ich bereits in Vogt (2012, S. 23-25 und 2013, S. 59-94) hervorhob, ist die Mehrzahl der psychoanalytischen Fallbeispiele im Kontext eines Neurosemodells verfasst worden. Dieser neurotische Schweregrad würde im SPIM-30-Modell den Regulationszustand RZ III oder teilweise RZ IV betreffen. Das bedeutet wiederum, dass diese Lehrmeinungen für dissoziativ organisierte Menschen nicht anwendbar sind, also der ganze Bereich herausfallen würde, den in der Nomenklatur der SPIM 30 die Schweregrade RZ IV bis RZ VI beinhalten.

Sigmund Freud (1956) hat sich Anfang des 20. Jahrhunderts vorrangig mit den psychodynamischen Aspekten der Verdrängung befasst, Pierre Janet (1901) im selben Zeitraum mit dem Traumaabwehrprozess der Dissoziation. Janet hat meiner Kenntnis nach keine Projekte zur Gedächtnisforschung angeschoben. Seitens der Freudianischen Psychoanalyse existiert dagegen, wie schon erwähnt, eine Fülle von Büchern zu seelischen Abbildern im Psychischen. Beim Freudschen Begriff der Verdrängung (1969 sowie bei Freud, A., 1936) wird allgemein davon ausgegangen, dass die verdrängende Person ein unbewusstes Motiv für das Verdrängen eines seelisch-individuell belastenden Sachverhaltes hat, was dort meist mit dem Begriff eines „unlustbetontes Objektes“ beschrieben wird. Ein Individuum möchte es mehr oder weniger nicht wahrhaben, zulassen oder sich eingestehen, dass es etwas im Grunde spürt oder weiß. Die neurotische Verdrängung ist nützlich, weil beispielsweise andere erlernte Normen (dort begrifflich meist als Über-ICH-Normen der Eltern u. ä. bezeichnet) dem entgegenstehen und der Ambivalenzkonflikt psychoökonomisch vermieden werden muss.

Diese grundsätzliche Psychodynamik gibt es zusätzlich auch bei Psychotraumapatienten. Traumaklienten haben ebenfalls verdrängte phobische Haltungen, wo sie sich bewusst erlebte Traumavorfälle nicht mehr vor Augen halten wollen, weil sie die psychische Destabilisierung durch das Hochpoppen der Traumaereignisse fürchten. Das bewusste oder teilbewusste Verdrängen trifft nach der Nomenklatur des SPIM-30-Modells noch auf die Regulationszustände RZ III und IV zu. Daneben, und besonders im RZ V, VI und VII, nehmen Vorgänge der Dissoziation den größeren Rahmen ein. Hier gibt es nicht mehr eine „verdrängte Absicht, irgendwie besser dissoziieren zu wollen“, um einen konkreten Vorteil zu erreichen. Die

Dissoziation ist ein psychophysiologischer Spaltungsüberlastungsschutz für das menschliche Individuum. Durch ihn können seelisch-existenziell unaushaltbare und/oder psychophysiologisch lebensbedrohliche Stresssituationen quasi in Form einer Generalabschaltung des höheren Nervensystems bewältigt werden. Die kontinuierliche Wahrnehmung, d. h. auch die strukturierte Gedächtnisspeicherung, ist daher nicht mehr möglich. Auf implizierter, bewusstseinsunterschwelliger, sensorischer und körperlicher Ebene gibt es aber noch gespeicherte Abbilder bzw. Abdrucke der Traumazene. Diese sind jedoch diffus, chaotisch, ohne Raum, Zeit und Kontext ungeordnet im Gehirn abgelegt und müssen in der Traumapsychotherapie später mühsam zusammengepuzzelt werden. Würde man nun die symbolische Deutung von dissoziierten Gedächtnisfragmenten vornehmen, käme man zu scheinlogischen, nicht zutreffenden oder völlig unhaltbaren falschen Hypothesen oder Aussagen. Ein Beispiel aus der Praxis! Eine Patientin hat im Alter von 3 bis 5 Jahren, wie sich am Ende der Traumaaarbeit herausstellte, sexuelle Gewalt durch ihren Stiefvater erlebt, was bei dem Mädchen aufgrund des Gewaltschockerlebens und wegen der Ungeheuerlichkeit des Verrates „in der sonst liebenswerten Familie“ bis zum Wirksamwerden der Traumatherapie vollständig dissoziiert war. Das heißt, sie wusste „beim besten Willen ehrlich nichts“ von den Vorfällen. Sie hat das nicht (bewusst) verdrängt, um ihren (oberflächlichen) Frieden zu haben. Durch den Schock war es absolut weggespalten. Sie kam wegen psychosomatischer Probleme mit allgemeinem Ekelerleben vor Berührungen jeder Art (vgl. Vogt, 2009) in die Psychotherapie. Die Nichtbegründbarkeit des Ekelerlebens, der hohe psychosomatische Stress und die phobische Angst vor assoziativen Settings in der Psychotherapie ließen mich intuitiv hellhörig werden, dass hier wohl mehr hinter der diffusen Symptomatik stehen könnte. Natürlich hatte die junge Frau viele scheinplausible Zweckerklärungen für ihre Symptome, zum Beispiel meinte sie, dass der Freund zu grob sei, den rechten Zeitpunkt im Berühren nicht kennen würde, dass sie sich über echte Probleme auf Arbeit oder über unzuverlässige Freunde zu Recht so aufregen müsse – und so weiter. Die Patientin hatte auch diverse immer wiederkehrende, wenn auch seltene Träume in der Form, dass sie Sex mit uralten Monstern hatte und irgendwie Spaß daran. Weiterhin träumte sie von einer Küchentischszene, in der die Mutter sehr abfällig ihr gegenüber gewesen sei und sie als „dummes Flittchen“ bezeichnet hätte. Ein dritter wichtiger Traum war eine aschenputtelähnliche Szene, in der sie die Mutter beim Tanzen mit einem hübschen Kleid austach.

Nun zum Problem: Würde man diesen Fall, bei dem die Klienten übrigens im analytischen Gespräch sehr introspektionsfähig war, klassisch interpretieren (Schwergad RZ III, s. o.), so würde man in den Traumasympomen einen ödipalen Konflikt

bzw. Elektrakomplex und eine phallische Bedürftigkeit erkennen können, was die kooperative Patientin wahrscheinlich auch einsichtig verstehen und annehmen würde. Wenn wir aber nicht vom verdrängten Wunsch, mit dem Stiefvater Sex zu haben, und auch nicht von einem selbst gewollten sexuellen Katharsis-Erleben sowie von unreifen Neidgefühlen des Mädchens ausgehen, dann sieht die Geschichte ganz anders aus. Die therapeutische Leitorientierung für mein vorsichtiges und traumaorientiertes Vorgehen ging von den starken Körperstresszuständen und den eigenartig total stimmigen Symptom-Selbsterklärungen der Patientin aus. Wir diskutierten die Furcht der Patientin vor den Assoziationssettings und vereinbarten dann die Anwendung des LMDR (vgl. Vogt, 2013, S. 26-30), weil man hier mit offenen Augen spüren kann und die Koordination der Schrittfolge eine gute Selbstkontrolle im Expositionsprozess darstellt. In dieser Kreisgangsarbeit kamen dann relativ schnell die dissoziativen Bilder zum Vorschein. Die sexuellen Übergriffe waren für das Mädchen total eklig und schockierend. Sie fanden nachts in ihrem Kinderzimmer statt. Sie hatte den Eindringling oft als Monster erlebt und seither auch Monsterträume. Die sexuelle Erregung geschah in dissoziativen Erlebniszuständen. Das Kind war über seine Körperreaktionen – nach einer gewissen Zeit der regelmäßigen Überfälle – selbst „eigenartig überrascht“. Diese ungewollten Gefühle erzeugten später beim Mädchen Schuldgefühle, weil sie verwirrt glaubte, den Sex gewollt zu haben, so wie es ihr der Täter nachts aufgeilend tatsächlich verwirrend zugeflüstert hatte. Die Mutter hatte offenbar doch etwas von den heimlichen Aktionen des zweiten Mannes bemerkt, aber die Verantwortung gestörterweise auf das Kind abgewälzt, es somit im Stich gelassen und das Kind mit einer entwertenden Vernachlässigung bestraft. Ein schönes Kleid hat das Mädchen nie besessen. Insofern war der Aschenputteltraum auch später nur ein trauriger Vernachlässigungskompensationstraum. Die Patientin erhielt bei mir aufgrund des vorrangigen RZ IV (bei Zustandsformen von RZ III bis V) die Diagnose DESNOS.

Diese Fallvignette belegt meines Erachtens, dass man bei dissoziativen Patienten im Therapieprozess nicht so sehr von klassisch symbolisierten Informationen, sondern mehr von dissoziativ zutreffenden und anders verschlüsselten Daten ausgehen muss.

Für diese Übersetzung dissoziativer Erscheinungen im traumatisch geprägten Gedächtnisspeicher braucht es noch theoretische Modelle und klinische Forschung. Im SPIM 30 (Vogt, 2013, S. 165-188) versuchen meine Frau und ich zunächst faktische, symbolische und atmosphärische Daten parallel zu erfassen (s. u.), was durch die aktuelle Forschung ausgebaut wird. Wir müssen demnach mit einer komplizierten Mehrdeutigkeit für längere Zeit leben, und zwar solange, bis evidenteste Behandlungsergebnisse vorliegen.